

## Documentación a presentar por el afiliado

- Copia del **Certificado de Discapacidad vigente**; si el mismo venciera en el transcurso del año, la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el Afiliado presentar la renovación a fin de poder dar continuidad a la cobertura del tratamiento.
- Formulario de **Orden Médica, Justificación específica de Transporte** (según corresponda) e **Historia clínica general**. Deberá completarlo el médico especialista según la discapacidad. *La fecha de estos documentos debe ser anterior al comienzo del tratamiento.*
- Formulario FIM** (Medida de Independencia Funcional); tendrá que ser presentado sólo en caso de pacientes dependientes.  
Si la dependencia se solicita para prestaciones de Centro de día y Centro Educativo Terapéutico el informe debe estar confeccionado por un profesional Lic. En Terapia Ocupacional.  
Si la dependencia se solicita para la prestación de transporte se deberá presentar el informe confeccionado por médico tratante y/o por Lic. En Terapia Ocupacional.
- En caso de recibir escolaridad, Certificado de Alumno Regular.
- Conformidad de Prestaciones.

- *No puede contener enmiendas ni tachaduras, toda la documentación deberá estar completa con el mismo color de tinta.*
- *Toda la documentación deberá estar dirigida a nombre de la Obra Social.*
- *Se deberá contar con toda la documentación requerida para poder acceder a la cobertura de los tratamientos solicitados.*

**ATENCIÓN:** *Prevención Salud gestionará la autorización con fecha de inicio del tratamiento en mes en curso en que se presente la documentación de manera completa y aprobada por Auditoría. No se autorizarán retroactividades. SIN EXCEPCIÓN.*

Recuerde que la fecha debe ser anterior al inicio de los tratamientos.

## FORMULARIO DE DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido	Alejandra Gabriela Rodriguez
Correo Electrónico	alegrodriuez11@hotmail.com
Domicilio	Juan del Campillo 911 1º C
Localidad	Córdoba
Código Postal	5000
Teléfono Fijo	-
Teléfono Celular	0351 - 156609510

### Beneficiario que recibe la prestación

Nombre y Apellido	Juan Cruz Hidalgo Rodriguez
Correo Electrónico	alegrodriuez11@hotmail.com
Domicilio	Juan del Campillo 911 1º C
Localidad	Córdoba
Código Postal	5000
Teléfono Fijo	-
Teléfono Celular	0351 - 156609510

**ORDEN MÉDICA**

Obra Social	Prevercum Solus	Fecha:	12/11/2023
Nombre	Hidalgo Linares	Apellido	
Nº de beneficiario	15112602022	Tipo de Doc.	DNI
Nº de Documento	53VA60P3		
Edad	9	Sexo	M

Diagnóstico:..... *Institución. Inabilitad por enfermedad* .....

**Prestaciones de rehabilitación:**

Requiere:  SI  NO

1- Prestación de apoyo: *Fundación DIF* Cantidad de sesiones 1 semanales.

Periodo: desde *Feb* Hasta *Mar* Año: *2023*

2- Prestación de apoyo: *PSICOPEDAGOGICO* Cantidad de sesiones 1 semanales.

Periodo: desde *Feb* Hasta *Mar* Año: *2023*

3- Prestación de apoyo: *Ayudante institucional* Cantidad de sesiones 8 hs semanales.

Periodo: desde *Feb* Hasta *Mar* Año: *2023*

4- Prestación de apoyo:..... Cantidad de sesiones..... semanales.

Periodo: desde..... Hasta ..... Año:.....

**Institución (centro de día, escuela especial, CET, formación laboral)**

Requiere:  SI  NO

Prestación:..... Jornada:.....

Periodo: desde..... Hasta ..... Año:.....

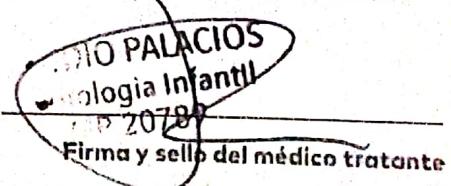
Dependencia:  SI  NO En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM

**Integración escolar**

Requiere:  SI  NO  Maestra de apoyo  Integración escolar en equipo

Cantidad de horas semanales..... *8hs* .....

Periodo: desde *Feb* Hasta *Mar* Año: *2023*



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social	Premium Solid	Fecha:	12/01/2023
Nombre	Mau Iuy.	Apellido	Hidalgo
Nº de beneficiario	PSH760202	Tipo de Doc.	
Edad	10	Nº de Documento	53VA60P3
		Sexo	M

Diagnóstico:

Traestres habilidades  
escritura

Indicar evaluación clínica, sintomatología, situación de salud actual:

retrogradamnesia



Firma y sello del médico tratante

## FORMULARIO FIM

Obra Social	Ptereram Salud	Fecha:	12/1/2023
Nombre	Silvia Gómez	Apellido	Hidalgo
Tipo de Doc.	DNI	Nº de Documento	53078083
Edad	39	Sexo	M

Diagnóstico:

Trastorno multi-facético crónico

El presente formulario deberá ser completado por Terapista Ocupacional, profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras, o por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

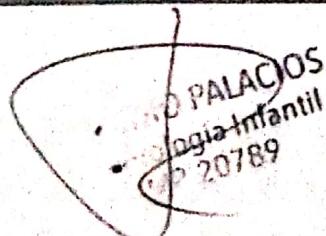
### Tabla de Puntuación de Niveles de Independencia Funcional

A continuación, detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Sólo requiere supervisión. No se toca al paciente.	5
Sólo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporte 50% ó más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% ó más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>AUTOCUIDADO</b>		
1	Alimentación	7
2	Aseo Personal	7
3	Baño	7
4	Vestido parte superior	7
5	Vestido parte inferior	7
6	Uso del baño	7
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>		
7	Control de intestinos	7
8	Control de vejiga	7
<b>TRANSFERENCIAS</b>		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
<b>LOCOMOCIÓN</b>		
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	7
<b>COMUNICACIÓN</b>		
14	Comprensión	5
15	Expresión	5
<b>CONEXIÓN</b>		
16	Interacción social	5
17	Resolución de problemas	5
18	Memoria	5
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		


 PALACIOS  
 Logia Infantil  
 20789

106

## **Descripción de las actividades:**

**Alimentación:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida.

OK

**Aseo Personal:** implica lavarse la cara, las manos y los dientes también peinarse, afeitarse o maquillarse.

OK

**Higiene:** implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama.

OK

**Vestido parte inferior:** Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, implica ponerse los zapatos, abrocharse órtesis y prótesis.

OK

**Vestido parte superior:** Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis.

OK

**Uso del baño:** Implica la higiene perineal y ajustar la ropa antes y después del uso del baño o chata

OK

**Control de intestinos:** Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

OK

**Control de vejiga:** Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

OK

**Transferencia de la cama, silla o silla de ruedas:** Implica pasarse de una cama, silla o silla de ruedas y volver a la posición inicial.

OK

**Transferencia al baño:** Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

OK

**Transferencia de la ducha o bañera:** Implica entrar o salir de la ducha o bañera.

OK

**Escaleras:** Implica subir o bajar escaleras.

OK

**Comprepción:** Implica el entendimiento de la comprensión auditiva o visual.

OK

**Expresión:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal

OK

**Interacción social:** Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites.

OK

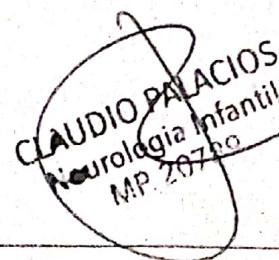
**Resolución de problemas:** Implica resolver problemas cotidianos.

OK

**Memoria:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

OK

**Evaluación Institucional:** Escriba niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.



Firma y sello del médico tratante  
y/o Lic. En Terapia Ocupacional

## JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE

Obra Social	Fecha: — / — / —	
Nombre	Apellido	
Nº de beneficiario	Tipo de Doc.	Nº de Documento
Edad	Sexo	

Diagnóstico .....

Indicar justificativo de la necesidad de transporte.....  
.....  
.....

Por lo que requiere traslado no público desde/hasta

1- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

Prestación a la que asiste.....

2- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

Prestación a la que asiste.....

3- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

Prestación a la que asiste.....

Dependencia:  SI  NO En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM

Durante el período (mes)..... y (mes) ..... del año.....

Firma y sello del médico tratante

## Conformidad de Prestaciones

Fecha: 12 / 1 / 2023

Apellido y nombre del beneficiario: Hidalgo Juan Cruz

Número de Afiliado: 15117602022

Yo Alejandra Rodriguez

con Documento Tipo DNI N° 28.025.628

, doy mi conformidad respecto a la/s

prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: Psicopedagogía

Prestador: Crespo Ana

Período de la prestación: desde Febrero hasta Diciembre año 2023.

Prestación: Fonoaudiología

Prestador: Berriponuevo Noelie

Período de la prestación: desde Febrero hasta Diciembre año 2023.

Prestación: Integración Escolar

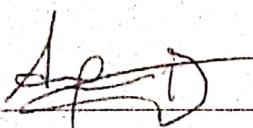
Prestador: Moyano Andrea

Período de la prestación: desde Febrero hasta Diciembre año 2023.

Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.



Firma

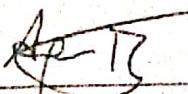
Rodriguez Alejandra

Aclaración

### SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.



Firma

Rodriguez Alejandra

Aclaración

28.025.628

DNI

## Cronograma de prestaciones

Fecha: 12 / 1 / 2023

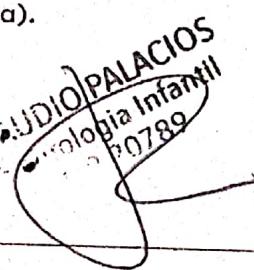
Afiliado: Hidalgo Rodríguez Juan Cruz Edad: 9  
 Diagnóstico: Trastorno de las habilidades escolares

Especialidad/escolaridad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Integración escolar	8 - 12 hs				8 - 12 hs		
Psicopedagogía		18 - 19					
Fonoaudiología			16:15-17:30				
Carga horaria por día	4hs	1h	1-15h		9hs		

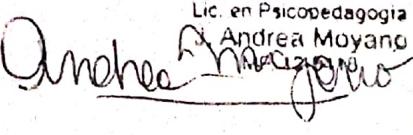
(Indicar en los casilleros por día, el horario de cada especialidad prescripta).

Noelia A. Barrionuevo  
LIC. EN FONOAUDIOLOGÍA  
M.P. 8124

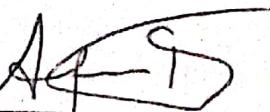
  
CRESPO ANA DEL VALLE  
Lic. en Psicopedagogía  
M.P. 12-5058

  
AUDIOPALACIOS  
Fonoaudiología Infantil  
M.P. 12-50789

Firma y sello del médico

  
Andrea Moyano  
LIC. EN PSICOLOGÍA  
M.P. 12-5418

Lic. en Psicopedagogía  
Firma y sello de los profesionales  
MP. 12-5418



Firma del afiliado, Padre, Madre o Tutor